UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 16

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SERVICE DES ENFANTS ASSISTÉS A ALGER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Mars 1920

PAR

Marcelle RICHARD

Née à Saint-Bonnet (Hautes Alpes), le 20 Novembre 1892

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.
ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*..... } JUGES.
CHASSEVANT, *Professeur d'hygiène*..... }

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SERVICE DES ENFANTS ASSISTÉS A ALGER

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 16

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SERVICE DES ENFANTS ASSISTÉS A ALGER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Mars 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Marcelle RICHARD

Née à Saint-Bonnet (Hautes-Alpes), le 20 Novembre 1892

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.
ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*..... } JUGES.
CHASSEVANT, *Professeur d'hygiène*..... }

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (O. ✱, I. ✱).
ASSESSEUR	HÉRAIL (I. ✱).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✱, I. ✱).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✱).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✱, I. ✱, ✪).
Chimie médicale	X.....
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✱),
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✱).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✱, I. ✱).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✱, I. ✱).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✱, A. ✱).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✱).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✱).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT, (✱, I. ✱, O. ✪).
Histologie	ARGAUD (✱, I. ✱).
Hygiène	CHASSEVANT (✱, I. ✱, ✪).
Médecine légale	MICHELEAU (✱).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✱).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✱, I. ✱).
Pharmacie	X.....
Physiologie	TOURNADE (✱).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✱).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✱).
REY (✱, I. ✱).
MM. BATTANDIER (I. ✱).
MALOSSE, Théod. (I. ✱, ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✱, I. ✱).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✱, I. ✱).
	LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD.
	X.....
Accouchements	FUSTER (✱, I. ✱).
Chimie	H. MALOSSE (I. ✱).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO (A. ✱).
Parasitologie et sciences naturelles	X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la mémoire de mon Père

A ma Mère et à ma Sœur

Témoignage d'affection
et de reconnaissance.

A ma Famille

A mes Amis

A mon Maître

Monsieur le Professeur CRESPIN

Professeur de clinique médicale infantile

Auprès de qui nous avons toujours trouvé avec l'enseignement le plus savant, l'accueil le plus affable. Comme tous ceux qui ont été ses élèves, nous nous sommes attaché à lui. Il a su nous intéresser au sort des petits et des faibles et nous communiquer son indignation pour toutes les injustices sociales.

Si au cours de notre carrière médicale nous faisons un peu de bien c'est à son exemple et à ses leçons que nous le devrons. Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude dévouée.

A mon Amie

Mademoiselle le Docteur Germaine ATHIAS

Médecin assistant à la Consultation des nourrissons

Qui fut à l'hôpital notre guide des premiers jours et dont les conseils ne nous ont jamais fait défaut au cours de nos études,

Témoignage d'affection.

A mes Maîtres

de la Faculté de Médecine d'Alger

A mes Maîtres

de l'Hôpital de Mustapha

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CRESPIN

A mes Juges

Monsieur le Professeur ROUVIER

Monsieur le Professeur CHASSEVANT

INTRODUCTION

De tous les problèmes de l'après-guerre, le plus aigu, le plus angoissant qui se pose devant la conscience française, c'est celui de la dépopulation.

Pour le résoudre on peut envisager deux solutions : relever le taux des naissances, abaisser de plus en plus, la mortalité évitable. Sans négliger tous les moyens possibles d'encourager le relèvement de la natalité, il semble qu'on doive s'efforcer, tout d'abord, de conserver la précieuse vie des petits êtres déjà nés par une surveillance médicale bien comprise.

En choisissant ce sujet pour notre thèse nous avons voulu montrer l'insuffisance de la protection médicale des Enfants Assistés confiés à l'Etat et qu'on pourrait croire les plus favorisés au point de vue de cette surveillance. Or, il est pénible de constater que cette organisation faite pour leur sauvegarde semble accumuler toutes les imprudences, toutes les fautes qui les exposent à mourir en bas-âge.

Nous regrettons que le temps nous ait manqué pour faire une étude plus approfondie de cette question. Nous nous limitons dans ce modeste travail à ce qui concerne

l'enfant du premier âge. Nous signalons quelques-unes des défectuosités les plus graves du service des enfants assistés et les remèdes qu'il aurait lieu d'apporter au fonctionnement de ce service.

Quelques articles de la Loi de 1904 sur les Enfants assistés

La loi du 27 juin 1904 modifie l'organisation du service des Enfants Assistés et le décret du 6 mars 1907 rend cette loi applicable à l'Algérie.

Rappelons quelques-uns des articles de cette loi auxquels nous aurons à nous référer dans le cours de cette étude.

ART. 1er. — Le service des Enfants Assistés comprend :

1° Les enfants dits secourus et en dépôt qui sont sous la protection de l'autorité publique ;

2° Les enfants en garde, qui sont également sous la protection de l'autorité publique ;

3° Les enfants trouvés, les enfants abandonnés, les orphelins pauvres, les enfants maltraités, délaissés ou moralement abandonnés ; ces enfants sont placés sous la tutelle de l'autorité publique et dits pupillles de l'Assistance.

ART. 3. — Est dit enfant secouru :

L'enfant que sa mère ne peut pas nourrir, ni élever, faute de ressources et pour lequel est accordé le secours temporaire, institué en vue de prévenir son abandon.

ART. 4. — Est dit enfant en dépôt :

L'enfant qui, laissé sans protection ni moyens d'existence par suite de l'hospitalisation ou de la détention de

ses père, mère ou ascendants, est recueilli temporairement dans le service des Enfants Assistés.

Art. 5. — Est dit enfant en garde :

L'enfant dont la garde a été confiée par les tribunaux, à l'Assistance publique, en exécution des articles 4 et 5 de la loi du 19 avril 1898.

Art. 6. — Est dit pupille de l'Assistance publique :

1° L'enfant qui, né de père et mère inconnus, a été trouvé dans un lieu quelconque ou porté dans un établissement dépositaire (enfant trouvé) ;

2° L'enfant qui, né de père ou de mère connus, en est délaissé sans qu'on puisse recourir à eux ou à leurs ascendants (enfant abandonné) ;

3° L'enfant qui, n'ayant ni père, ni mère, ni ascendants auxquels on puisse recourir, n'a aucun moyen d'existence (orphelin pauvre) ;

4° L'enfant dont les parents ont été déclarés déchus de la puissance paternelle, en vertu du titre 1er de la loi du 24 juillet 1889 (enfant maltraité, enfant délaissé ou moralement abandonné).

Art. 7. — Dans les conditions prévues par l'article 3 de la présente loi, un secours est accordé pour permettre à la mère pauvre de garder et de nourrir son enfant ou de le placer en nourrice.

Le mode, la quotité, la périodicité et la durée du secours sont réglés par le Conseil général.

Art. 8. — Dans chaque département, le préfet désigne, après avis conforme du Conseil général, les établissements où peuvent être présentés les enfants dont l'admission en qualité de pupilles de l'Assistance est demandée.

La présentation a lieu dans un local ouvert le jour et la nuit et sans autre témoin que la personne préposée au service d'admission.

Art. 9. — La personne qui est de service déclare à celle qui présente l'enfant que la mère, si elle garde l'enfant, peut recevoir les secours prévus à l'article 7, et, notamment un secours de premier besoin, qui est alloué immédiatement. Elle signale les conséquences de l'abandon, telles qu'elles résultent de l'article 22.

Si l'enfant paraît âgé de moins de 7 mois et si la personne qui le présente refuse de faire connaître le nom, le lieu de la naissance, la date de la naissance de l'enfant, ou de fournir l'une de ces trois indications, acte est pris de ce refus et l'admission est prononcée. Dans ce cas, aucune enquête administrative ne sera faite.

Art. 10. — Dans les établissements dépositaires, les personnes préposées aux admissions sont nommées par le préfet, sur la proposition de l'inspecteur départemental.

Art. 22. — Le lieu de placement du pupille reste secret, sauf décision du préfet, prise dans l'intérêt de l'enfant. La mère et la personne qui ont présenté l'enfant peuvent être renseignées, à des époques fixes, sur l'existence ou la mort de celui-ci.

Art. 27. — Tout pupille de l'Assistance publique, tout enfant secouru en conformité de l'article 7 est l'objet d'une surveillance qu'exercent les inspecteurs et sous-inspecteurs de l'Assistance publique. Les visites ont lieu à domicile.

Art. 36. — L'article 378 du code pénal, relatif au secret professionnel, est applicable à toute personne engagée dans le service des Enfants Assistés.

CHAPITRE I

L'ABANDON. — COMMENT LE PRÉVENIR

L'expérience prouve que le plus grand nombre de décès infantiles sont évitables par :

La protection de la grossesse ;

L'allaitement maternel bien compris ;

Les secours à la mère et à l'enfant.

La loi Strauss, sur le repos des femmes en couches, n'a envisagé qu'une partie du problème.

Il faut donner aux futures mères non seulement le repos mais les moyens de cacher leur grossesse, leur assurer le secret le plus absolu sur leur situation. La loi prescrit bien l'existence dans chaque département, d'une Maternité secrète, mais en pratique la recherche du domicile de secours rend illusoire cette protection. De plus, dans les services de Maternité, on ne reçoit la femme qu'au cours du dernier mois de la grossesse. Il faut donc réclamer la fondation, dans chaque département, d'établissements spéciaux où les femmes seront reçues à toute époque de leur grossesse sur simple demande, sans enquête, sans discussion sur le domicile de secours.

La ville de Lyon possède depuis un an cette maison des Mères où la seule condition d'admission est l'état de gestation. Une femme se présente, on ne lui demande, ni d'où

elle vient, ni ce qu'elle fait, ni si elle est indigente ou fortunée ; elle doit accoucher, cela suffit.

Les futures mères trouvent, dans ce refuge, avec le repos nécessaire à leur santé et à celle de leur enfant, la facilité de préparer leur layette et de se créer de petites ressources par de menus travaux. Ces asiles sont en même temps qu'un abri physique, un patronage moral. Si cette institution était vulgarisée, des enfants de plus en plus nombreux seraient sauvés de l'avortement, de l'infanticide, de l'abandon. Car l'œuvre reçoit aussi gratuitement au sortir de la Maternité les mères qui allaitent leur enfant.

En effet, une des causes principales de l'abandon c'est la misère, la mère pauvre qui a besoin de travailler pour vivre ne peut allaiter son enfant.

Mais « toute cause qui éloigne l'enfant de sa mère le met en état de souffrance et en danger de mort» (Th. Roussel). Pour préserver la vie de l'enfant, il faut donc donner à la mère la possibilité de le nourrir de son lait.

L'hospice de Tours reçoit les femmes venant d'accoucher à la seule condition qu'elles allaitent leur enfant ; elles y sont logées, nourries et touchent une allocation de 1 fr. 25 par jour. Grâce à cette innovation, la mortalité infantile qui était de 50 % est tombée à 2,7 %. Même si la mère doit abandonner son enfant, on l'oblige à séjourner à la crêche jusqu'à ce qu'une nourrice soit venue chercher l'enfant. Or, de toutes les femmes qui ont séjourné à la crêche plus de dix jours aucune n'a abandonné son enfant, même celles qui y étaient décidées à leur entrée. Et elles ont toutes eu la même phrase touchante : « Pensez-vous que je vais le laisser ce petit maintenant ».

Pour atteindre ce double résultat : mortalité infantile réduite à un taux infime, réduction importante du chiffre des abandons, il suffit que toute femme venant d'accou-

cher, au lieu d'être mise dans la rue, trouve un refuge où elle est logée, nourrie et payée.

De plus, à l'Asile d'allaitement on pourrait comme à Porchefontaine, obtenir que toute mère hospitalisée réserve une partie de son lait à un des enfants abandonnés de la pouponnière modèle, dont, vu la pénurie de nourrices mercenaires, nous serons conduits à demander la création.

Diminuer le chiffre des abandons c'est aussi le but de l'allocation temporaire instituée par la loi de 1904. Mais elle ne peut être efficace que si elle est suffisante pour assurer l'existence de la mère jusqu'à l'époque du sevrage. Au bout de ce temps on admet que la mère peut confier la garde de son enfant à des tiers pour aller travailler et gagner sa vie. Cela reviendrait au principe de l'enfant mis en nourrice chez sa mère.

Une telle organisation n'entraînerait pas de sacrifices supérieurs à ceux qu'on fait pour entretenir les pupilles et un grand nombre d'enfants seraient sauvés parce qu'ils n'auraient pas été éloignés de leur mère et privés du sein maternel.

La charité privée a déjà essayé de venir en aide aux mères nourrices par la fondation de cantines maternelles où toute femme qui allaite est nourrie gratuitement ; par les Mutualités maternelles où chaque mère prévoyante touche une prime mensuelle pendant la durée de l'allaitement. Ces institutions sont inexistantes à Alger.

Le Parlement a voté une prime d'allaitement de 15 francs par mois aux femmes qui allaitent. Si modeste qu'elle soit elle a la valeur d'un encouragement moral. Il faudra faire plus.

L'Académie de Médecine, en 1919, a exprimé le vœu qu'une allocation mensuelle variant de 45 à 75 francs, sui-

vant l'importance de la commune où elle réside, soit accordée pendant les 9 mois qui suivent l'accouchement à toute femme qui nourrit son enfant au sein.

Et voulant mettre en pratique l'idée exprimée depuis longtemps par Lagneau que « la mère pauvre doit être la nourrice payée de son enfant », M. le professeur Pinard demandait plus encore : « Que toute femme en état de gestation ou allaitant son enfant âgé de moins d'un an reçoive, sur sa demande, une allocation journalière de 5 francs. »

CHAPITRE II

MODES D'ABANDON. — TOUR ET BUREAU OUVERT

En France, où le tour est supprimé depuis plusieurs années, le seul mode d'abandon est la présentation au bureau ouvert institué par la loi de 1904.

A Alger, le tour existe toujours ; cet état de choses nous procure l'occasion d'étudier comparativement ces deux modes d'abandon. Aussi bien la question n'est pas oiseuse puisque, d'une part, certains philanthropes demandaient, l'an dernier, en France, le rétablissement des tours, pour essayer d'abaisser le chiffre des avortements et des infanticides. Et, d'autre part, il y a peu de temps on parlait ici de supprimer le tour existant.

Nous ferons sur ce chapitre de larges emprunts au rapport présenté en février 1919 au Conseil supérieur de l'Assistance publique qui adopta des conclusions rejetant la proposition du rétablissement des tours.

1° On reproche au tour de ne pas permettre de conseiller la mère égarée qui y apporte son enfant : A l'heure de s'en séparer, la mère hésite peut-être, il suffira pour qu'elle renonce à son projet qu'elle trouve quelqu'un qui par des paroles affectueuses et réconfortantes lui montre les conséquences de l'abandon avec la barrière infranchissable qu'il met définitivement entre la mère et l'enfant ; qui l'encourage à le garder en lui promettant une aide pécuniaire

et morale ; qui lui indique les œuvres privées auprès desquelles elle recevra assistance et conseil. On a, à un tel moment, de fortes chances de provoquer un élan plus fort que les raisons d'intérêt matériel qui avaient fait décider l'abandon. C'est le but qu'on a essayé d'atteindre avec l'institution du bureau ouvert et du secours du premier besoin, et il faut le reconnaître l'avantage indéniable est en faveur de ce système ;

2° Le tour, dit-on, ouvre la possibilité de l'abandon des enfants légitimes. Mais l'admission au bureau ouvert sans formalité, sans enquête, sans production obligatoire du bulletin de naissance est bien passible de la même critique. Car, comme le tour, elle permet à des parents mariés de se débarrasser, en faisant passer à la collectivité la charge d'un enfant qu'ils ne désiraient pas ;

3° Le tour favoriserait la mortalité infantile. On a établi que la moyenne de la mortalité des enfants déposés au tour atteint 84 à 90 pour 100, tandis qu'avec l'admission au bureau ouvert il n'y aurait que 20 pour 100 de morts. Il est un fait certain : trop souvent de petits cadaves étaient confiés au tour, la préposée au bureau ouvert ne peut accepter que l'enfant vivant ;

4° Le tour est un obstacle à la généralisation du secours temporaire. Or, il est du plus haut intérêt financier pour l'Assistance de n'avoir à payer un secours élevé que pendant un certain temps au lieu de voir le nombre des pupilles s'augmenter encore, pupilles qui sont à la charge de l'Assistance jusqu'à leur majorité. Nous avons insisté précédemment sur les avantages moraux et sociaux qu'il y a à laisser l'enfant à sa mère. Nous insistons sur la nécessité d'accorder un secours suffisant et non pas une aumône dérisoire, incapable d'arrêter une mère pauvre sur la pente de l'abandon.

Voyons maintenant les avantages du tour. Un seul n'est pas contestable : c'est qu'il assure le secret de l'abandon. La loi de 1904 s'efforce de même de garantir ce secret aux mères qui l'exigent. Elle prescrit des précautions minutieuses pour entourer du plus grand mystère non seulement l'abandon mais la naissance de l'enfant.

La présentation a lieu dans un local ouvert le jour et la nuit, sans autre témoin que la préposée à l'admission ; si la personne qui présente l'enfant refuse de donner les renseignements concernant la date, le lieu de naissance et le nom de l'enfant, l'admission est prononcée sans délai. Dans son instruction aux préfets accompagnant et commentant la loi de 1904, le ministre insiste d'une façon particulière sur le choix de la préposée aux admissions et les qualités qu'elle doit posséder, parce que sa tâche est à la fois « des plus délicates à remplir et des plus importantes et que l'on ne saurait apporter trop de soin à la choisir, elle doit être une « personne d'élite ». Nous continuons à citer car les termes ne sauraient être mieux choisis. « Il est désirable que la personne que vous choisirez soit une femme..... L'Inspecteur lui exposera clairement ses devoirs, les sentiments dans lesquels elle devra s'en acquitter ; il lui fera comprendre les obligations strictes que lui impose le respect du secret professionnel, et les suites pénales auxquelles l'exposerait une violation quelconque de ce secret. Sur les personnes qui ont abandonné un enfant de moins de sept mois sans répondre aux questions, aucune indication quelconque ne devra être donnée à qui que ce soit pas même à l'Inspecteur départemental, pas même au préfet ».

On le voit, toute la garantie du secret repose sur la valeur, la conscience de la préposée au bureau ouvert. Or, nous avons eu le regret de constater que souvent la per-

sonne chargée de ce service ne paraît avoir aucune idée des obligations et de la confiance dont son rôle l'investit et c'est à tous points de vue une chose très fâcheuse.

Dans ces conditions, nous serions presque tenté d'accorder au tour notre préférence pour le monde d'abandon. Nous entendons encore la bonne vieille qui y vivait nous raconter la découverte d'un enfant de 3 ans déposé au tour de l'hôpital de Mustapha il y a quelques années : « Alors j'ai entendu des voix au dehors, comme un bruit de querelle et comme je ne dois rien savoir, rien soupçonner, je me suis bouché à deux mains les oreilles et j'ai attendu un grand moment avant d'oser m'approcher pour retirer l'abandonné ». Mais la bonne vieille qui vivait au tour depuis bien des années, a disparu. Sa remplaçante est-elle la « personne d'élite » requise, ou a-t-elle seulement conscience de ses devoirs et de sa responsabilité ?

CHAPITRE III

PLACEMENT DU NOURRISSON

Il ne suffit pas de recueillir les enfants abandonnés, il faut s'efforcer de les disputer à la mort, d'où la nécessité de les confier à des nourrices saines et aimantes.

A Alger, il devient de plus en plus difficile de les recruter, c'est en partie dû à l'insuffisance de la rétribution qui leur ait allouée : 30 à 40 francs par mois. Peut-être pourrait-on s'en procurer dans les services de la Maternité parmi les femmes dont l'enfant a succombé. En ville, certaines sages-femmes sont chargées de recruter des nourrices pour l'Assistance. Mais la plupart s'efforcent de placer les rares nourrices qu'elles peuvent découvrir dans les familles riches qui les leur arrêtent et payent d'avance. Et il s'organise un système qu'on ne saurait qualifier et qui mérite d'être connu. Pour ne pas laisser tarir le lait de la nourrice en attendant la naissance de l'enfant riche à qui elle est destinée, on lui donne en attendant à nourrir un enfant assisté qui n'a été l'objet d'aucun examen médical ; s'il tombe malade on le remplace par un autre puisé à la même source, jusqu'à ce que l'enfant riche enfin né, reprenne, par le droit du plus offrant, le sein de la nourrice mercenaire.

Quand, par hasard, une nourrice se présente à l'Assistance, elle est soumise à l'examen du médecin inspecteur. Mais ce qu'il recherche uniquement, c'est sa valeur nour-

ricière. Il jette bien un rapide coup d'œil dans la bouche de la femme et n'y apercevant pas de plaques muqueuses (qui peuvent bien passer inaperçues dans un aussi sommaire examen), il la déclare apte à nourrir.

N'allez pas demander un examen plus détaillé de la femme ; elle s'y refuserait objecte-t-on ; et comme elle est la perle introuvable, on la prend comme elle est.

Dire qu'une telle anomalie est consacrée par l'usage et qu'elle ne fait pas bondir d'indignation tous ceux qui la connaissent !

Quel est le médecin qui dans la clientèle privée n'ausculte pas la nourrice dont on lui a confié le choix, qui ne la soumet pas à un examen complet et à toutes les recherches modernes dont nous disposons pour dépister les tares possibles ?

Nous connaissons une histoire démonstrative à ce sujet. L'interne de l'hôpital Parnet signe le billet d'une malade de cet hôpital qui y était en traitement pour tuberculose pulmonaire. La jeune femme lui demande un certificat pour obtenir un enfant de l'Assistance, certificat qui lui est refusé naturellement. Nous avons appris par la suite que cette femme avait obtenu qu'on lui confie un enfant assisté. L'auscultation, même hâtive, aurait pourtant permis de faire un diagnostic de tuberculose ouverte et une enquête aurait établi qu'elle quittait l'hôpital non guérie et était éminemment contagieuse.

Non seulement un examen soigneux de la nourrice devrait être exigé, mais de plus comme l'enfant assisté doit habiter le foyer de la nourrice, il faudrait s'inquiéter de la salubrité de l'habitation, s'assurer que dans l'entourage de la nourrice il n'existe pas, vivant sous le même toit, des personnes atteintes de maladies contagieuses.

M. le Dr V. nous fit part, il y a trois ans, du cas sui-

vant : Il soignait, salle Broussais, un indigène atteint de tuberculose cavitaire, qui demandait à quitter l'hôpital pour rentrer dans sa famille. Or, dans cette famille même, était en placement un enfant de l'Assistance. Soucieux, à juste titre, d'éviter la contamination inévitable qui allait se produire si l'enfant assisté restait dans ce milieu infecté, le Dr V. transmis le diagnostic du malade à l'Administration. Nous ne savons pas si une mesure quelconque fut prise pour prévenir la contagion de l'enfant, mais nous n'oserions pas nous en porter garant.

A Alger, la plupart des nourrices de l'Assistance se recrutent parmi les femmes indigènes des quartiers pauvres de la ville, où la saleté et l'entassement d'un grand nombre de miséreux sont la règle. Et l'on est épouvanté de la promiscuité à laquelle on expose ces petits êtres dont a pour mission de protéger la vie. On sait combien la tuberculose est fréquente dans ces milieux sordides et combien ils restent obstinément fermés à toute pénétration des principes d'hygiène et d'isolement. On connaît, d'autre part, la réceptivité du nourrisson pour la tuberculose et combien chez l'enfant de moins d'un an cette maladie prend, presque toujours, une marche aiguë et fatale. Comment s'étonner alors que la moitié des enfants assistés morts à l'hôpital succombent à la tuberculose.

En août et septembre 1918, Mlle Athias obtint qu'on amenât à la Consultation de nourrissons de l'Hôpital civil, les enfants assistés âgés de moins de 3 ans. Une soixantaine furent ainsi examinés : examen clinique, épreuve à la tuberculine (intra-dermo réaction) et Rayons X. De ces enfants considérés comme absolument sains, 20 % étaient tuberculeux.

Parmi ceux indemnes en septembre 1918 de tuberculose, nous en avons vu revenir quelques mois plus tard

qui s'étaient contaminés auprès de leurs nourrices et dont la tuberculose à l'entrée dans le service était plus ou moins avancée.

En voici quelques observations :

V... Emile. Est examiné à la consultation en août 1918, est âgé à ce moment de 10 mois. Intradermo réaction à la tuberculine négative.

En octobre 1919, entre à l'hôpital, il a 2 ans, pèse 9 k. 200.

Il a été changé de nourrice il y a dix mois, il entre avec sa dernière nourrice, une indigène qui présente un volumineux abcès froid de la région dorsale. On ponctionne l'abcès, on inocule le pus au cobaye qui devient tuberculeux. L'enfant a une intradermo positive à la tuberculine.

Les rayons X mettent en évidence une tuberculose de la base gauche.

P... Cosette. Vue à la consultation en septembre 1918. Belle enfant de 15 mois.

Rien aux rayons X.

Intradermo réaction à la tuberculine négative.

Entre salle Bouillaud en janvier 1919, a 19 mois, pèse 8 kilos 400.

Intradermo réaction à la tuberculine est devenu positive et l'examen aux Rayons X décèle une obscurité du hile droit et des ganglions.

L'enfant déclarée tuberculeuse n'est pas reprise par l'assistance, elle est toujours dans le service, a actuellement 33 mois, pèse 11 kilos.

B... Fernande. Vue à la consultation en août 1918. Belle enfant de 8 mois, pèse 6 kilos 700.

Intradermo réaction à la tuberculine négative. Rien aux Rayons X. Entre à l'hôpital le 7 mars 1919, a 15 mois, ne pèse plus que 5 kilos 600. Très mauvais état général. L'examen

aux Rayons X montre une obscurité sur toute la hauteur du poumon droit avec deux cavernes.

L'enfant meurt le 19 mars.

Autopsie : broncho-pneumonie caséeuse à droite et deux cavernes. Ganglions trachéobronchiques caséifiés. La rate et le mésocolon sont parsemés de granulations. L'enfant était confiée à une nourrice indigène depuis l'âge de 8 jours.

Nous choisissons quelques exemples où des enfants mis en nourrice dès la première semaine de leur existence, souvent dès les premiers jours, ont présenté une tuberculose vérifiée à l'autopsie et qu'ils avaient incontestablement contractée dans la famille adoptive que l'Assistance leur avait choisie.

N... Georgette est placée chez une nourrice indigène depuis l'âge de 2 mois. Est examinée pour la première fois en août 1917. C'est une belle enfant de 6 mois, pesant 6 kilos 200. Intradermo réaction à la tuberculine négative. Est revue en août 1918, a alors 18 mois, pèse 7 kilos 300. La cutiréaction à la tuberculine est cette fois positive et aux Rayons X on trouve des ganglions hilaires. On examine alors la nourrice qui a une tuberculose manifeste du sommet droit.

L'enfant entre salle Bouillaud en décembre 1918 pour grippe, elle a 22 mois, pèse 7 kilos 800. Elle est encore actuellement dans le service où elle a contracté la rougeole, elle a 3 ans maintenant, commence à peine à marcher. Poids : 10 kilos 900.

F... André. Entre à l'hôpital le 20 avril 1917, a 9 mois, pèse 5 kilos 800. A été confié à l'Assistance à l'âge de 6 jours, a eu successivement quatre nourrices.

Intradermo réaction à la tuberculine positive avec réaction fébrile à 40°. Meurt le 11 mai.

Autopsie : à la partie moyenne et postérieure du poumon

gauche, caverne ouverte dans la plèvre. Très nombreux ganglions hilaires caséifiés ; sur le poumon droit nombreuses granulations. On trouve des granulations sur le péricarde, le péritoine; la rate et le foie.

mmm

D... Pierrette. Entre à l'hôpital le 2 août 1918, à 10 mois, pèse 5 kilos 200. Depuis l'âge de 2 jours est confiée à une nourrice indigène, sevrée à 9 mois et mise en garde chez une autre mauresque. A l'entrée, aspect cadavérique. Intradermo réaction à la tuberculine positive. Mort le 5 août.

Autopsie : ulcération tuberculeuse de l'œsophage, ouverture dans la plèvre. Tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques.

mmm

H... Edouard. Entre à l'hôpital le 20 septembre 1919. A 14 mois, pèse 5 kilos. A été mis en nourrice chez une mauresque dès les premiers jours. Etat squelettique, diarrhée. L'enfant dépérit progressivement jusqu'au 6 octobre, date de sa mort.

Autopsie : ganglions mésenteriques et trachéo-bronchiques caseifiés. Broncho-pneumonie caséeuse massive de tout le poumon droit, le poumon gauche présente quelques nodules caséeux.

Nous avons encore de nombreuses observations d'enfants assistés morts de tuberculose vérifiée à l'autopsie ; si nous ne les citons pas ici, c'est que nous n'avons pu savoir à quel âge le nourrisson avait été confié à l'Assistance. Dans ces conditions, nous ne pouvons de parti-pris imputer la contamination au séjour dans la famille nourricière.

Sur 36 nourrissons de l'Assistance, vus depuis 1915 jusqu'à ce jour, salle Bouillaud, 7 seulement survivent ; c'est dire dans quel état lamentable on nous les apporte.

Sur ces 36 enfants, on compte 18 tuberculeux ; soit 50 % de tuberculeux parmi les nourrissons de l'Assistance hospitalisés.

Les autres morts sont dues à des maladies : rachitisme et gastro-entérites, qu'on évite chez les enfants dont l'alimentation est surveillée.

L'une des morts est due à la syphilis contractée d'une façon presque certaine dans la famille nourricière.

En voici l'observation :

F... Victor. Entre salle Bouillaud le 7 avril 1915, pèse 4 kilos 900. Nourri exclusivement au sein jusqu'à ce jour par une nourrice indigène. Enfant très amaigri. Diarrhée. Erythème fessier avec plaques muqueuses anales. Réaction de Wasserman positive. Sous l'influence du traitement mercuriel l'enfant paraît se développer, pèse 5 kilos 400 le 12 juin. Mort subite le 26.

En présence de telles hécatombes on en vient forcément à se demander s'il ne vaut pas mieux un allaitement artificiel médicalement surveillé que l'allaitement au sein d'une nourrice malade qui va fatalement contaminer le nourrisson à elle confié.

La loi n'a prévu aucune disposition à prendre pour une visite de l'enfant avant sa mise en nourrice. Là encore il y a une réforme à apporter. Il faut qu'avant le placement tout enfant soit soumis à une visite médicale. Tout enfant suspect, (et tout enfant inconnu est suspect) sera dirigé sur un service d'isolement où il sera mis en observation. On sait, en effet, combien il est parfois difficile de mettre en évidence les tares classiques : syphilis ou tuberculose. Pour les dépister on s'entourera de tous les procédés cli-

niques modernes, on fera toutes les recherches de laboratoire qui compléteront l'examen complet et attentif du nourrisson. Ici encore on pourrait citer des exemples navrants dus à l'inexistence de la surveillance médicale

CHAPITRE IV

LA SURVEILLANCE MÉDICALE AU DOMICILE DE LA NOURRICE

Le règlement prescrit, à Alger, une visite mensuelle au domicile de la nourrice.

Ces visites sont-elles faites régulièrement ? Nous ne pourrions l'affirmer. Nous pouvons ajouter à la décharge des médecins chargés de ce service qu'ils ne sont pas suffisamment rétribués pour qu'on exige d'eux qu'ils y consacrent beaucoup de leur temps.

Comment se fait le recrutement des médecins-inspecteurs : Ils sont nommés sur la proposition de l'Inspecteur. On n'exige aucune aptitude spéciale ; les médecins qui se sont particulièrement occupés d'enfants auront plus de chances d'être agréés à moins, nous dit-on, que leur concurrent ne s'appuie sur de plus hautes personnalités, car la recommandation est le coefficient le plus important dans l'attribution de ces postes. Toutes les organisations s'occupant de protection de l'enfance encourent d'ailleurs le même reproche : à Alger, la recherche des compétences est le moindre souci qui guide le choix des administrateurs.

Or, il faut le redire après Marfan : « Le nourrisson a une individualité propre, son hygiène et sa pathologie constitue une véritable spécialité ».

Cette science du jeune enfant ne peut être acquise que

par un stage de plusieurs mois dans un service de nouveau-nés et de nourrissons.

« Il faudrait exiger qu'à l'avenir aucun médecin ne puisse être attaché à une crèche, à une consultation de nourrissons, à une circonscription d'enfants protégés et assistés s'il ne justifie de connaisances sérieuses en puériculture ». (Rapport du Congrès de protection de premier âge).

Le règlement prévoit, avons-nous dit, une visite mensuelle. Mais la santé de l'enfant dans les premiers mois de la vie se modifie et s'altère vite et les visites mensuelles sont beaucoup trop espacées pour être un contrôle efficace du nourrisson.

Si le médecin-inspecteur est consciencieux, cette visite mensuelle à domicile peut être le contrôle de la nourrice. Chaque visite permettra de s'assurer que la nourrice a les qualités requises, que les gens de son entourage sont sains et bien portants. Que l'habitation est propre, l'enfant changé dès qu'il est sali, etc... Sans doute, le médecin examine l'enfant, mais forcément d'une façon incomplète, puisqu'il ne peut même pas le peser et suivre ainsi son évolution, ni diriger son élevage d'une façon rationnelle et utile.

Le contrôle d'un nourrisson ne peut se faire que dans une consultation ; la visite à domicile, contrôle de la nourrice doit être complétée par la consultation contrôle du nourrisson. Il faudrait que la nourrice ait l'obligation de présenter chaque semaine son nourrisson à une consultation confiée à un médecin compétent. Chaque nourrisson aurait une fiche individuelle sur laquelle on pourrait suivre son développement régulièrement.

CHAPITRE V

LE NOURRISSON MALADE A L'HOPITAL

En cas de maladie, l'enfant est admis à l'hôpital qui est qualifié d'hospice dépositaire. Le plus souvent l'enfant y est apporté dans un état lamentable et sans aucun renseignement sur le début de la maladie ni sur ses antécédents pathologiques.

Or, dans le milieu hospitalier où l'isolement n'est pas encore réalisé, la contagion fait d'énormes ravages et la mortalité est élevée.

Le nourrisson débile, souvent cachectique, est extrêmement sensible aux infections nosocomiales qui prennent chez lui des formes graves, d'autant plus graves, qu'il est plus jeune. La tuberculose le guette et pour peu qu'il séjourne plusieurs semaines dans ce milieu contaminé, il est fatalement atteint.

Il y a actuellement en traitement, salle Bouillaud, 7 enfants assistés ; 5 sont tuberculeux, 2 d'entre eux avaient des nourrices manifestement tuberculeuses (voir précédemment observations V... Emile et N... Georgette). Deux autres, dont nous donnons ci-dessous les observations, sont entrés dans le service pour troubles digestifs, y ont fait un séjour de 31 mois et y ont contracté entre autres maladies la tuberculose.

D... Félix. Entre salle Bouillaud le 27 août 1917, à l'âge de 20 mois. C'est un petit rachitique qui pèse 7 kilos 500, ne

se tient pas debout, n'a que 6 dents. L'intradermo réaction à la tuberculine est négative. En surveillant l'alimentation l'enfant reprend ; l'accroissement est faible mais régulier, l'enfant gagne 1 kilo en 4 mois. Mais son intestin reste fragile et au moindre écart de régime l'enfant présente des troubles gastro-intestinaux, c'est pourquoi on maintient son hospitalisation. Cinq mois après son entrée dans le service, la température s'élève, les phénomènes pulmonaires apparaissent, la rate s'hypertrophie, et l'intradermo négative à l'entrée devient franchement positive, la radioscopie décèle alors une tuberculose bilatérale.

Pendant que l'on soignait ses troubles digestifs, l'enfant s'était contaminé dans le service auprès des nombreux tuberculeux qui vivaient à ses côtés. Avec de nombreux soins on arrive à maintenir tant bien que mal l'état général ; de temps en temps l'enfant fait des poussées pulmonaires aiguës, il est toujours dans le service depuis 31 mois, il a actuellement 4 ans et pèse 13 kilos. Il a coûté des frais énormes à l'Assistance publique depuis son hospitalisation, et y a contracté une maladie incurable.

Rentré dans le service pour troubles digestifs qui n'auraient nécessité qu'une hygiène alimentaire stricte avec surveillance médicale attentive, l'enfant a contracté successivement la rougeole et la grippe et surtout la tuberculose. A plusieurs reprises, l'Assistance a été avisée que l'enfant était tuberculeux et contagieux mais qu'en le plaçant dans de bonnes conditions hygiéniques il pouvait quitter l'hôpital ; aucune suite n'a été donnée aux demandes successives du chef de service.

M... Eugène. Entre le 27 août 1917 salle Bouillaud, pour troubles digestifs, a 21 mois, pèse 6 kilos 800, c'est-à-dire le poids d'un enfant normal de 6 mois. L'examen de l'enfant

montre qu'il est syphilitique. On surveille l'alimentation, on fait le traitement spécifique, l'enfant s'améliore considérablement. On signe son billet d'hôpital avertissant l'assistance que l'enfant est syphilitique et peut devenir contagieux à un moment donné. L'Assistance préfère laisser l'enfant à l'hôpital. Il y contracte successivement la rougeole, la grippe et ces derniers temps la tuberculose. L'intradermo réaction à la tuberculine, négative à l'entrée, est devenue positive et à la radioscopie on trouve de gros ganglions trachéo-bronchiques.

L'enfant est encore actuellement dans le service, sans doute jusqu'à ce qu'une affection intercurrente mette fin à ses jours. Il y a 31 mois qu'il est à l'hôpital et coûte fort cher à l'Assistance.

Il semble que ces cas de contagion intérieure auraient dû émouvoir le Conseil de famille des Enfants Assistés, dont le rôle est de protéger la santé des pupilles de l'Assistance dont il a la garde et la responsabilité.

Mais jusqu'à présent ce Conseil de famille ne nous a manifesté son existence qu'en s'opposant à la pratique des autopsies des Enfants Assistés morts à l'hôpital. Il nous a été surtout pénible d'apprendre que les médecins faisant partie du Conseil de famille s'étaient associés à cette protestation. Les membres du corps médical n'ignorent pas l'intérêt scientifique des constatations nécropsiques. C'est au cours des autopsies que M. le Professeur Crespin a découvert, chose absolument inconnue jusqu'à ces dernières années, la fréquence de la tuberculose chez les nourrissons d'Alger et son début dans la toute première enfance.

Enfin il y a mieux à faire que de s'inquiéter du sort de petits cadavres ; c'est durant leur vie que l'Assistance doit s'occuper de ses pupilles, et prendre toutes les précau-

tions pour prévenir leur contamination. Car trop d'enfants sont victimes des défectuosités de l'organisation actuelle.

L'Assistance publique ne veut plus reprendre l'enfant reconnu tuberculeux et il végète à l'hôpital jusqu'à ce qu'une affection intercurrente : rougeole, grippe contractée dans le milieu hospitalier le fasse disparaître. Ce décès peut ne se produire qu'au bout de plusieurs années de séjour pour les enfants qui ont dépassé la deuxième année.

Les frais de séjour des enfants assistés incombent au service de l'Assistance publique et non aux établissements hospitaliers. Or, nous l'avons dit, certains enfants séjournent à l'hôpital plusieurs années ; c'est par milliers de francs que se comptent les dépenses supportées pour eux par l'Assistance publique.

Or, parmi ces tuberculeux beaucoup pourraient se fortifier seulement par le bienfait de la vie au grand air et par une nourriture saine s'ils étaient soustraits aux dangers de la contamination hospitalière. On est ainsi conduit à réclamer pour tous les tuberculeux torpides susceptibles d'amélioration la création de stations de plein air où ils trouveront les conditions d'aération et d'espace impossibles à obtenir dans les hôpitaux.

Mais il ne faut pas oublier que toute accumulation de nourrissons est une cause d'élévation de la mortalité parmi eux. Il faut donc s'entourer de toutes les précautions pour prévenir les hécatombes. Nous ne saurions choisir de meilleur modèle que la pouponnière de Porchefontaine. Rappelons succinctement son fonctionnement. On y reçoit des femmes, dont on fait les nourrices payées de leur enfant à condition qu'elles élèvent en même temps un autre enfant. On y est arrivé à des résultats merveilleux grâce à des règlements d'hygiène très sévères, grâce à une aseptie rigoureuse, véritablement

chirurgicale, grâce à un personnel bien dressé, grâce à un aménagement intérieur parfait avec pavillon d'isolement, tout a fait indépendant où tout entrant doit faire un stage.

L'Œuvre s'est adjoint un service d'enseignement où les jeunes filles des lycées et des écoles normales suivent un cours complet de puériculture, et où les étudiants des facultés de Médecine font un stage d'internat ou d'externat.

Le coût excessivement élevé des institutions de ce genre n'en permet pas la création partout, mais il serait désirable que chaque département, comme le demande le Professeur Pinard, ait « son Institut de puériculture comme Porchefontaine ». Il servirait de lieu d'enseignement par l'exemple.

La question budgétaire doit passer au second plan. Il faut bien se convaincre que tout être humain représente un capital et que toute mort prématurée a pour conséquence une diminution de productivité et de prospérité. A l'heure critique que la France traverse on peut bien répéter la phrase de P. Strauss : « Un gain de population vaut bien qu'on l'achète à prix d'or ».

*
* *

Le simple exposé de la situation actuelle appelle d'urgence des réformes radicales.

Déjà l'Administration supérieure algérienne s'est inquiétée de cet état de choses ; en mai 1919 les Délégations Financières :

« Considérant que la plupart des maladies auxquelles succombent le jeune enfant, pourraient être évitées par un peu plus d'hygiène et un peu plus de bien-être ;

« Considérant que l'Assistance publique et l'Assistance privée n'ont pas fait encore en Algérie, d'efforts suffisants pour enrayer le mal qui tend à s'aggraver tous les jours,

Emettait le vœu :

1° Que l'Administration veuille bien organiser en Algérie sur les bases rationnelles, la protection de l'enfance ;

2° Que les hôpitaux soient aménagés pour les jeunes enfants, selon les règles de l'hygiène moderne et qu'au besoin des asiles de cure soient créés à la campagne pour y traiter les faibles et ceux qui n'ont besoin que de grand air, alors qu'à l'heure actuelle les enfants de cette dernière catégorie sont mêlés aux contagieux et aux tuberculeux dans les hôpitaux ».

En novembre 1919, M. le Gouverneur Général rappelait ce vœu à M. le Préfet d'Alger et lui demandait de faire étudier la question et les mesures à prendre dans ce sens. — Des mesures énergiques ne sauraient donc tarder à être prises pour solutionner ce problème capital de la mortalité infantile. Nous serions heureux qu'on voulût bien prendre en considération les quelques améliorations que nous proposons ci-dessous et qui ont aussi pour but la protection du jeune enfant.

VŒUX

Création d'asiles ouverts à toute femme en état de grossesse apparente.

Création d'asiles d'allaitement sur le modèle de Tours où toute femme allaitant son enfant, sera logée, nourrie et payée.

S'il faut avoir recours à la nourrice mercenaire lui faire subir ainsi qu'au nourrison qu'on lui destine un examen complet.

Surveillance médicale à domicile doit être confiée à des médecins préparés à ce rôle par leurs études antérieures.

Obligation pour les nourrices d'amener régulièrement l'enfant qui leur est confié à une consultation modèle de nourrissons où on surveillera son développement.

Création d'asiles de plein air pour les malades chroniques susceptibles d'amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletin de l'Académie de Médecine (4 novembre 1919).

Carnet Médical Français (février 1920).

Crespin J. — Rapports sur la consultation de médecine infantile (Hôpital Civil de Mustapha, 1914-15-16-17-18).

Harkavy Véra. — Protection de l'enfance (Thèse Alger, 1917)

Loi du 27 juin 1904. — *Journal Officiel* du 30 juin 1904.

Loi Roussel. — Surveillance des nourrissons.

Loi Strauss. — Repos des femmes en couches.

Mantout G. — Mortalité infantile en Algérie (Thèse Alger 1914).

Marquand J. — Contagion hospitalière (Thèse Alger, 1919).

Nourrisson. — (N^{os} de septembre 1918, mars et juillet 1919).

Revue Philanthropique. — (Années 1904, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919).

SERMENT

« *En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerais mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne me servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

« *Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !* »

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 15

CHAPITRE PREMIER. — L'abandon. Comment le prévenir. 21

CHAPITRE II. — Modes d'abandon ; Tour et bureau ouvert 25

CHAPITRE III. — Placement du nourrisson..... 29

CHAPITRE IV. — La surveillance médicale au domicile de la nourrice..... 37

CHAPITRE V. — Le nourrisson malade à l'hôpital..... 39

VŒUX 45

BIBLIOGRAPHIE 47

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr CRESPIN.

Vu :

Le Doyen,

Dr CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 9 mars 1920.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL